

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

38

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Léopold BERMANN

Né le 2 juillet 1903 à LATZKOWO (Lithuanie)

LA LUTTE
CONTRE
LA LÈPRE EN NORVÈGE
DU XIX^E SIÈCLE A NOS JOURS

Président : M. TANON, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE S. A.

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1936



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Léopold BERMANN

Né le 2 juillet 1903 à LATZKOWO (Lithuanie)

LA LUTTE
CONTRE
LA LÈPRE EN NORVÈGE
DU XIX^E SIÈCLE A NOS JOURS

Président : M. TANON, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE S. A.

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1936

Le Doyen. . . G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES... Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (H.) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (G.) . Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 BESANÇON (J). Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE... Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
VALLÉRY-RADOT (Pasteur)			
SÉZARY.			
MM.	Clinique obstétricale.		
ECALLE			
GUENIOT			
LE LORIER			
LEVY-SOLAL ...			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES SŒURS ET FRÈRES

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive
à la Faculté de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. le Professeur Agrégé ABRAMI,
le Professeur Agrégé AUBERTIN,
le Professeur Agrégé CADENAT,
le Professeur CLAUDE,
le Docteur DEVRAIGNE,
le Professeur GUILLAIN,
le Professeur LEMAITRE,
le Professeur LEMIERRE,
le Professeur MATIEU.
le Professeur NOBECOURT,
le Professeur Agrégé SÈZARY.

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX EN NORVÈGE

MM. le Professeur HAGEN S., Oslo.
le Professeur HANSEN O. Oslo.
le Professeur MONRAD-KROHN, Oslo.
le Dr. Méd. BACKER-GROENDAL, Bergen.
le Dr. Méd. LIE H. P., Bergen.

*Qui a bien voulu guider nos premiers
pas dans l'étude d'un sujet, auquel il
a sacrifié sa vie.*

le Dr. Méd. GROEN F., Oslo.

*Dont les conseils nous ont grande-
ment servi.*

A TOUS CEUX QUI NOUS ONT AIDÉ

Nos sincères remerciements.

PRÉFACE

Faisant notre stage de dermatologie à l'Hôpital Saint-Louis en 1933, dans le service de M. le Professeur agrégé SÉZARY, nous voyions régulièrement deux malades à la consultation. Notre attention ayant été éveillée, nous apprîmes par la suite qu'il s'agissait de lépreux. C'est à ce moment que nous nous sommes souvenu pour la première fois que la Norvège était un pays où la lèpre était jadis particulièrement fréquente et des noms tels que HANSEN, DANIELSSEN et BOECK nous vinrent à l'esprit. Nous avons cherché à voir d'autres lépreux dans les différents services à l'hôpital Saint-Louis. Nous n'en avons trouvé que quelques cas. (Le pavillon des maladies exotiques n'existait pas encore à l'hôpital Saint-Louis.) C'est alors que nous décidâmes d'aller étudier la lèpre en Norvège.

Grâce à la bienveillance de la Faculté de Paris et des recommandations de M. le Professeur SÉZARY, il nous fut permis de faire les stages de 5^e année en Norvège. Nous en profitâmes pour étudier la lèpre à Bergen pendant deux mois, où nous eûmes l'honneur d'être guidé dans nos premiers pas par le meilleur léprologue de Norvège M. H. P. LIE, Médecin-Chef pour la lèpre en Norvège. Puis, nous avons poursuivi nos recherches bibliographiques à l'Université d'Oslo.

Ce modeste travail n'apportera pas de nouvelles notions sur la lèpre, mais pourra intéresser ceux qui désirent connaître la lutte contre celle-ci, dans le pays qui a tant contribué pour enrayer ce fléau social.



LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE EN NORVÈGE

DU XIX^E SIÈCLE A NOS JOURS

INTRODUCTION

La lèpre est une maladie infectieuse chronique, évoluant par poussées, et due à un microbe, le bacille de HANSEN, découvert par le Norvégien GERHARD ARMAUER HANSEN, en 1873.

La lèpre est propre à l'espèce humaine et a été considérée longtemps comme héréditaire, théorie qui compte encore de rares défenseurs. On a tendance à la considérer comme héréditaire au même titre que la tuberculose.

La contagion de la lèpre est par contre certaine, mais son mécanisme est encore très discuté, sinon ignoré, et ceci malgré les nombreuses théories qui essaient de l'expliquer, dont la principale est le contact intime et répété avec un lépreux.

Pourtant cette contagiosité est loin d'être simple. Elle paraît, en effet, soumise à certaines conditions particulières, conditions qui semblent aussi en rapport avec la théorie des hôtes intermédiaires, ou des parasites vecteurs du contagion (le sarcopte de la gale, moustiques ou punaises

par exemple). Il nous paraît impossible d'expliquer autrement le fait constaté par tous les chercheurs, à savoir que la contagion se fait par foyers disséminés.

L'incubation de la lèpre a une durée apparente très variable. La maladie commence habituellement d'une manière insidieuse, fugace et lente, avec une durée variant de 3 à 30 ans, souvent impossible à préciser. La maladie se développe sous des aspects cliniques multiples, souvent avec périodes d'arrêt interrompues par des périodes de poussées.

Suivant les prédominances des lésions sur les téguments, ou sur le système nerveux, on décrit différents types :

1° *la lèpre tuberculeuse ou tubéreuse*;

2° *la lèpre nerveuse ou maculo-anesthésique*.

Plus fréquents encore sont les mélanges des deux formes précédentes donnant le 3° type le plus souvent observé :

3° *la lèpre mixte*.

L'évolution de chaque stade de la maladie peut s'arrêter pendant un temps plus ou moins long, reprendre ensuite sa marche évolutive, ou encore s'immobiliser définitivement. Mais habituellement l'évolution se fait autrement. Elle continue ses ravages plus ou moins vite, et après 10 à 20 années de souffrances, les lépreux succombent à une maladie intercurrente dont la lèpre a préparé le terrain auparavant.

L'espoir d'amélioration ou encore la possibilité de guérison sont apparus ces dernières années comme assez proches, et ceci grâce au diagnostic précoce et aux nombreux traitements proposés. Mais la seule médication qui a fait

vraiment ses preuves semble être à la base de l'huile de chaulmoogra, et encore à condition d'être tenace et bien conduite.

La prophylaxie est pour le moment au moins s'il est permis de s'exprimer ainsi, la plus puissante thérapeutique, prouvée par l'isolement et l'hygiène en Norvège.

La lèpre peut exister dans tous les pays, parmi tous les peuples et toutes les races, chez l'enfant et l'adulte, sous tout climat et à chaque latitude, chez les misérables et les riches, sans distinction.

HISTORIQUE DE LA LÈPRE EN NORVÈGE AVANT 1800

La lèpre est appelée en norvégien « Spedalskhet », en vieux norvégien elle apparaît sous des noms différents, comme « Hoerundfall », « Likthrå » et « Malattusott ».

Il semble que la lèpre ait été très répandue dans les pays scandinaves « au temps des Vikings » (800-1000 après J.-C.). Avant cette époque on n'a aucune notion sûre, mais le peu de documents que nous avons pu trouver sur cette période est réuni, dans deux anciens codes norvégiens, datant de l'an 1000 environ. Certaines parties de ces codes ont été établies par le roi HAAKON LE BON (935-969 après J. C.) d'autres, par le roi OLAF LE SAINT (1015-1028 après J. C.).

Dans ces deux codes, d'une part, la lèpre est indiquée comme pouvant être un prétexte pour libérer du service militaire (loi de Gulathing et Borgarthing), d'autre part les rapports entre conjoints ayant contracté cette maladie pendant ou avant leur mariage y sont définis. Considérant cette dernière partie, il est intéressant de noter les prescriptions suivantes qu'on aurait pu croire rédigées de nos jours, la prophylaxie de la lèpre étant à nouveau à l'honneur :

« Si le mari ou la femme, contracte quelque maladie contagieuse ou autre semblable, ils ne doivent pas pour cette raison être séparés, mais ils doivent supporter patiemment leur mal, comme une affliction qui leur est imposée. »

Toutefois, c'est là une notion conforme en elle-même à l'esprit du Christianisme, que l'un des époux, atteint d'une telle maladie n'en infecte pas l'autre.

Quant à la seconde prescription, la voici :

« S'il est attesté que le mari, ou la femme, ait été infecté de la maladie *spédalsque*, et que cette affection n'ait pas été déclarée avant leur mariage, l'un d'eux ayant été ensuite infecté, son conjoint alors ainsi trompé est autorisé à se séparer de l'autre. »

Il existe en outre deux ordonnances des 26 septembre 1781 et 20 août 1790, qui permettent aux maris dont les épouses sont internées pour cause de *spedalskhed*, à l'hôpital Saint-Georges à Bergen, de se remarier. L'une de ces ordonnances ajoute expressément qu'une telle femme est morte civilement.

Les législateurs de ces codes sont certainement influencés

par les ordonnances semblables des autres pays à la même époque.

Les Vikings avaient coutume de partir en expéditions vers les pays lointains et de les mettre au pillage. Les découvertes archéologiques dans les pays Scandinaves et les fouilles dans les tombeaux des Vikings, ont permis de découvrir des objets provenant de l'époque romaine et non seulement de France, d'Irlande, d'Angleterre et d'Italie, mais même de l'Orient. Ceci montre que les pays Scandinaves déjà au temps de J. C. avaient un commerce actif avec le Sud.

Il est donc logique de penser que les Scandinaves, plusieurs centaines d'années avant « l'époque des Vikings », ont pu, au cours de leurs expéditions commerciales ou guerrières, contracter la lèpre et l'importer dans les pays Scandinaves, où elle s'est propagée de telle façon, qu'il devint nécessaire de promulguer des lois pour combattre ce fléau.

Il faut se demander s'il ne s'agissait pas d'autres maladies de la peau, comme par exemple le psoriasis et des maladies vénériennes confondues souvent au Moyen Age et même vers la fin du XIX^e siècle avec la lèpre. La « Radesyke » étudiée et décrite par plusieurs savants européens vers 1800, sous le nom de « lèpre norvégienne », fut reconnue en 1860 par W. BOECK (Christiania) comme une forme particulière de la syphilis.



Au temps des Vikings, la lèpre fut considérée en Norvège et dans le reste de l'Europe, comme une maladie conta-

gieuse, et de ce moment datent aussi les premières léproseries en Norvège. On sait avec certitude que le roi Magnus Haakonsson le Législateur, (1263-1288 après J. C.) fit ériger la première léproserie importante, l'hôpital Catharina, construit en 1276 à Bergen, appelé « Hôpital Leprosorum ».

C'est au XIII^e siècle que la lèpre a certainement atteint son maximum d'intensité en Norvège, comme dans le reste de l'Europe, car on sait qu'il fallut construire en ce temps là, deux hôpitaux à Bergen. L'hôpital Saint-Georges qui fut créé vers l'an 1400 dans la même ville, était réservé aux lépreux et existe encore. Oslo avait une léproserie déjà vers 1300, et à Nidaros (l'actuelle Trondheim) l'isolement des lépreux est probablement antérieur à cette époque.

Vers le XVI^e siècle, la lèpre décroît progressivement, de sorte qu'en 1546, le plus important hôpital, Saint-Georges à Bergen, destiné essentiellement aux lépreux, put servir à abriter d'autres maladies, une petite partie seulement fut réservée aux lépreux.

La lèpre semble même avoir complètement disparu dans certaines régions du pays, et chose intéressante, cette époque correspond également à la régression de la lèpre dans le reste de l'Europe.

On peut constater parallèlement un relâchement des mesures contre la lèpre, et il semble que grâce à cette **négligence**, le fléau reprit avec une telle intensité au XVII^e siècle, que les hôpitaux ne purent accueillir tous les lépreux. Les léproseries qui quelques années auparavant permirent d'abriter d'autres malades, durent à nouveau être transformées et reprirent leur destination primitive.

Il semble que la place manquait pour hospitaliser tous les lépreux qui étaient particulièrement nombreux dans l'ouest de la Norvège.

Des mesures ont dû être prises pour enrayer l'épidémie et, vers 1800, la lèpre semble à nouveau être en régression.

LA LÈPRE EN NORVÈGE DE 1800 A 1868

Avec le début du XIX^e siècle commence une mauvaise époque pour la Norvège : la guerre et la famine, entraînent une négligence des mesures hygiéniques, et ainsi on assiste à une nouvelle reprise, rapide et inquiétante de la maladie.

Ces années furent très dures pour les lépreux qui non seulement manquaient de vivres, mais encore de médicaments, qu'ils étaient, d'ailleurs, obligés de se procurer eux-mêmes. A cause de la grande famine, les malades qui étaient encore capables de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, désertaient les hôpitaux, où les attendait une fin prématurée par inanition.

Enfin, vers 1830, l'Etat pouvait s'occuper à nouveau des lépreux, et c'est de ce temps que datent les premières préparations des mesures qui ont abouti depuis à des résultats inespérés.

Dès 1830, les malades étaient soumis à une surveillance médicale, tandis qu'auparavant les léproseries n'étaient destinées qu'à les héberger jusqu'à leur mort.

Il semble que le premier médecin qui s'occupa de traiter des lépreux fut le Docteur HJORT, qui entreprit en 1837 un voyage d'études dans l'ouest de la Norvège où la lèpre régnait alors à l'état endémique.

A lui revient le mérite d'avoir, le premier, commencé de distinguer la lèpre des autres maladies comme cette fameuse « radesyke », et des maladies de la peau.

A son retour à Bergen, le D^r HJORT commença la lutte contre la lèpre, en proclamant tout d'abord des mesures d'hygiène indispensables, mettant en garde la population contre la cohabitation avec des lépreux, ceux-ci devant être isolés des habitants sains.

Jusqu'alors les malades étaient libres de se mêler à la population saine.

HJORT était un disciple enthousiaste de la théorie héréditaire. La lutte entreprise par lui suscita bientôt l'intérêt de l'Etat qui fit procéder, en 1836, à une statistique des lépreux du pays.

La même année, une proposition fut déposée au Storting (Chambre des Députés) par les représentants de la ville de Bergen, pour obtenir la création de plusieurs hôpitaux destinés au traitement des lépreux. Cette proposition fut accueillie favorablement par le Storting qui témoigna à cette occasion sa vive sympathie pour une œuvre aussi bienfaisante pour l'humanité tout entière, et si digne d'encouragement.

Une commission royale fut chargée d'examiner et de traiter sérieusement cette question intéressant la prévoyance sociale. Pour ne rien négliger, cette commission chargea le D^r HJORT, un de ses membres, d'entreprendre

un voyage d'études à l'étranger, pour se mettre au courant des derniers progrès dans le traitement des maladies cutanées.

Le principal but de cette commission était de proposer à la Storthing les mesures à prendre dans l'intérêt des localités où la lèpre sévit plus particulièrement.

Cette proposition fut ajournée plusieurs fois, de sorte qu'en 1840, le ministre compétent persista particulièrement à appuyer le plan de réforme, et la commission continua ses travaux, et établit des mesures plus énergiques.

W. BOECK, professeur de dermatologie à la Faculté de Christiania (Oslo), reçut la mission d'étudier à l'étranger l'origine la plus ancienne de la lèpre, son traitement et sa prophylaxie (1840-1841).

À cette époque, le D^r DANIELSSEN fut chargé par le Gouvernement de collaborer à la réforme projetée; sa tâche fut plus spécialement l'étude clinique et anatomique des lépreux internés à l'hôpital Saint-Georges à Bergen.

Après s'être éclairé suffisamment, le Storthing, prenant en considération la juste réclamation de représentants de la ville de Bergen, décréta en 1842 la construction d'un nouvel hôpital pour lépreux.

Les observations commencées à l'hôpital Saint-Georges par DANIELSSEN furent cependant continuées avec vigueur pendant les années suivantes. On les retrouve dans le *Traité de la Spedalskhet ou Elephantiasis des Grecs* de 1847, qui est le résultat de la collaboration féconde des docteurs DANIELSSEN et BOECK.

Dans ce livre remarquable, ils décrivent d'une manière parfaite toutes les lésions lépreuses connues à nos jours.

Cet ouvrage qui fut traduit en français en 1848, un an après sa parution, obtint en 1855 le prix Monthyon de l'Académie Française (2.000 francs or). L'ouvrage inaugure une ère nouvelle dans l'étude de la lèpre en Europe, et suscite l'intérêt du monde scientifique.

DANIELSSEN s'occupait aussi de l'amélioration de l'hygiène des lépreux. Ceux-ci vivaient ici comme ailleurs, de dons pieux faits à leur établissement, ou de contribution de secours des communes auxquelles ils appartenaient, ainsi que d'aumônes qu'on leur distribuait — à certaines époques avec économie, à d'autres époques avec largesse. C'est pourquoi tantôt ils menaient une vie triste, qui les mettait dans la nécessité de recourir à des moyens particuliers, plus ou moins légitimes pour leur entretien.

A cette époque, la gale sévit parmi tous les lépreux sous les formes les plus diverses. La gale fut observée pour la première fois chez un lépreux, sous forme de lésions noduleuses et croûteuses allant jusqu'à des monstruosités.

L'appellation de « gale norvégienne » date de cette époque, mais on devrait plutôt l'appeler « scabies crustosa », telle que le fit DANIELSSEN. Son rôle dans la contagion de la lèpre ne semble pas pouvoir être contesté, puisque aussi bien DANIELSSEN que HANSEN plus tard, l'avaient remarqué et mis sur le compte de la malpropreté. HANSEN disait : « Quand j'ai commencé mon travail à Saint-Georges, les lépreux qui sont venus consulter ou se faire hospitaliser avaient tous la gale. »

On peut se demander si le sarcopte de la gale joue un rôle dans la contagiosité de la lèpre, en tant que vecteur ou porteur de germes du bacille de HANSEN; ou bien son rôle se limiterait-il à produire des lésions de grattage banales susceptibles par la suite d'être infectées directement par le bacille de HANSEN ? La question, à notre avis, reste encore en suspens et mérite d'être étudiée.

Avec une meilleure hygiène disparaît aussi cette « scabies crustosa ». Cependant un éminent praticien norvégien en dermatologie me disait il y a 2 ans, qu'il a observé deux cas de « gale norvégienne » depuis 1900. Cette affection est extrêmement rare de notre temps, car l'hygiène a fait d'énormes progrès, et nous n'en rencontrons plus que de très rares cas dans les régions isolées.

Le tableau clair et précis des formes de la maladie qu'ont traitées DANIELSSEN et BOECK dans leur ouvrage, ne permit plus de confondre la lèpre avec la syphilis et avec des affections de la peau. Aussi leur œuvre servit-elle de base plus sûre aux mesures sociales, bien que leur théorie sur la lèpre comme maladie héréditaire ait laissé des traces dans les mesures originaires, proposées par ces savants.

Ces mesures datent de 1850. Ici comme ailleurs, les plus grandes épidémies ont provoqué les progrès de l'hygiène aux différentes époques.

Ainsi le choléra asiatique qui, en 1830 ravageait plusieurs régions limitrophes nécessita *la constitution dans les villes et villages de la Norvège des premières commissions de Santé par mesures préventives.*

Ces commissions provisoires d'abord, se transformèrent en 1860 en instituts sanitaires stables, et avec la loi du 16 mai 1860, commença en Norvège l'ère de la santé publique. *C'est à partir de cette époque que l'on peut parler réellement de la prophylaxie de la lèpre.*

Je ne veux pas insister sur les difficultés rencontrées par DANIELSSEN à Bergen, pour réaliser des mesures au début de ses recherches vers 1840 à l'hôpital Saint-Georges. Dans les premières années, il avait la plus grande peine pour continuer ses travaux parmi les lépreux.

Les modifications des mesures sanitaires faisaient diminuer beaucoup la mortalité.

DANIELSSEN était d'abord détesté et craint par les malades, car c'est lui qui pratiqua les premières autopsies.

sies de lépreux en Norvège. Ceux-ci s'imaginèrent que le plus grand intérêt des savants était d'avancer leur fin. Peu à peu ils comprirent le but de ce travail qui était de soulager leur sort, et ils finirent par s'attacher à cet homme qui fut le plus respecté et le plus aimé parmi ces malades.

En commençant son travail, DANIELSSEN trouva les léproseries en mauvais état, dépourvues de toute hygiène. Les malades vivaient ensemble : enfants, adultes, vieillards, femmes, hommes gravement ou peu atteints; tous couchaient ensemble et beaucoup dans le même lit et les mêmes chambres qui n'étaient jamais ou rarement aérées.

Ils faisaient eux-mêmes la cuisine dans leurs chambres, et il n'est certes pas difficile de s'imaginer quel effet ce mélange d'air putréfié pouvait avoir sur un homme sain, et d'autant plus sur un homme malade. Cette mauvaise aération s'explique d'ailleurs par la conception générale de la thérapeutique populaire de cette époque, où l'on pensait que l'air putréfié convenait le mieux au lépreux.

DANIELSSEN et BOECK essayèrent d'améliorer le sort des malades en instituant des sections dans les différentes léproseries, destinées à héberger les unes des hommes, d'autres des femmes et enfants; ces sections étaient subdivisées suivant la gravité de la maladie. Il ne faut pas oublier que la lèpre à cette époque fut considérée en général comme maladie héréditaire, ce que ces savants ont confirmé dans leur ouvrage (1847).

Quand DANIELSSEN et BOECK commencèrent leurs recherches en 1840, la pathologie humorale était la doctrine principale de la médecine.

La plupart des maladies étaient considérées comme étant dues à des transformations dans le sang. Les auteurs s'efforcèrent de le prouver, et croyaient, en effet, constater des transformations dans le sang, qui, d'après eux, étaient la cause de la formation des tubercules dans la lèpre.

« La lèpre était due à une dyscrasie du sang avec augmentation de l'albumine, le sang essayant de se débarrasser de cette quantité nocive d'albumine en la déposant, en partie, dans la peau et dans les muqueuses constituant de cette manière la forme noduleuse ou tuberculeuse de la lèpre. En partie dans le système nerveux, surtout dans les parties centrales, ce qui donnait comme résultat, la forme nerveuse et anesthésique de la lèpre. Ces transformations dans le sang étaient en relation avec les circonstances défavorables de certains milieux sociaux. »

DANIELSSEN abandonnait cette théorie plus tard surtout après le séjour d'études que fit VIRCHOW à Bergen en 1859. Le Gouvernement norvégien avait invité VIRCHOW à venir étudier la lèpre en Norvège.

DANIELSSEN et BOECK n'aboutirent pas dans leurs recherches à prouver la contagion de la lèpre, toutefois en considérant l'extension de la maladie dans quelques familles, ils conclurent que la lèpre pouvait également se former spontanément par les mauvaises circonstances de la vie, mais qu'elle était le plus souvent d'origine héréditaire. A plusieurs reprises, DANIELSSEN avait essayé d'inoculer la lèpre sur lui-même et ses collaborateurs, sans succès d'ailleurs, il avait également plusieurs fois revêtu des vêtements ayant appartenu à des lépreux.

Il faut remarquer que DANIELSSEN paraît considérer la

lèpre, malgré ses théories énoncées plus haut, comme une maladie spécifique. Il essaya également de trouver la cause spécifique; le manque de perfection des différents appareils scientifiques peut-être, l'empêcha de s'en persuader.

Comme preuve de l'importance des recherches de DANIELSSEN sur cette question, nous indiquerons que déjà dans ses premiers travaux, il décrivait et dessinait les « éléments bruns » (VIRCHOW) ou « globi » (NEISSER) qu'il considérait comme spécifiques pour la lèpre jusqu'à ce que cette conception, comme il l'a dit lui-même, fut détruite par VIRCHOW qui, en 1859, comme nous le disions plus haut, était venu à Bergen pour étudier la lèpre.

VIRCHOW déclarait ces formations comme étant dues aux dégénérescences graisseuses; DANIELSSEN se soumit à l'autorité de VIRCHOW. Et c'est dans ces formations que HANSEN, influencé par les idées de PASTEUR devait découvrir quelques années plus tard, *le bacille de la lèpre*.

Dans les statistiques de 1830 jusqu'à 1850, on peut constater une augmentation du nombre des lépreux. La cause en est certainement à la meilleure connaissance de la maladie. Les statistiques de 1830, faites par les prêtres, établissent un chiffre de 650 malades, mais 20 ans plus tard, ce chiffre atteignit 2.079. La cause de cette augmentation excessive était, que les médecins ayant fait des statistiques dans tout le pays, commençaient à mieux connaître la maladie. Ils la diagnostiquaient plus facilement qu'auparavant. Malgré la propagande pour dépister la lèpre, et malgré une meilleure hygiène, ce chiffre de 2.079 dût être modifié, et il fallut y ajouter plusieurs

centaines d'autres cas de lèpre en plus, échappés à la statistique.

On comprendra facilement l'effroi qu'un tel chiffre pouvait susciter dans un pays comptant alors 1.500.000 habitants, et qui signifiait que deux pour mille de la population était atteint de cette maladie.

Des mesures spéciales durent être prises en 1850 et 1855. On nomma d'abord des médecins inspecteurs spéciaux chargés de surveiller les lépreux et l'on institua des commissions sanitaires spéciales dans les endroits où la lèpre sévissait. De plus, *la déclaration obligatoire de la lèpre fut dès cette époque introduite dans la législation norvégienne.*

En 1856, les médecins de tous les départements furent chargés d'établir une statistique précise, qui démontra que le nombre des lépreux atteignait à ce moment un chiffre de 2.833. Rappelons les statistiques suivantes établies par des prêtres : en 1836, 650 cas ; en 1845, 1.122 ; en 1853, 1696.

Les conceptions de DANIELSSEN et BOECK semblaient les mieux fondées, et particulièrement leur point de vue sur l'hérédité de la lèpre fut adopté. Plus tard, on essaya d'expliquer les cas dits spontanés par le fait que la lèpre était particulièrement fréquente parmi la population dont la principale nourriture consistait en poissons salés ou peu frais, et qui vivait dans un climat froid et humide.

Ces théories trouvèrent un appui dans la circonstance, que la lèpre était plus fréquente dans les régions côtières.

Parmi les autres auteurs norvégiens de cette époque, il faut citer le D^r HJORT qui considérait que la lèpre n'était ni une maladie spécifique ni héréditaire.

Pour le D^r HOLMSEN, la lèpre était une affection non spécifique et non héréditaire, *mais contagieuse*; il décrivit déjà en 1844 « *quelques cas de lèpre paraissant indiquer la contagion* ».

Rappelons que déjà dans l'Antiquité et au Moyen Age la lèpre était considérée comme une maladie contagieuse et des mesures excessivement sévères avaient été prises. Mais avec la diminution de la maladie, cette conception fut délaissée, et des nouvelles théories naissaient au sujet de la nature et de l'étiologie de la lèpre qui pouvait apparaître spontanément, soit par mauvaise hygiène, soit sur un terrain miasmatique. Lorsque la maladie surgissait, elle se propageait principalement par hérédité. DANIELSSEN et BOECK mirent cette théorie au premier plan de l'actualité.

Ils prétendaient que, pour qu'un cas de lèpre puisse être d'origine héréditaire, on devait naturellement trouver un ancêtre lépreux. Dans les cas où ils trouvaient des lépreux chez les collatéraux d'une famille, ils considéraient cela comme une preuve que des ancêtres avaient été lépreux. Ils l'appelaient « hérédité collatérale ».

Les théories sur la contagion de la lèpre si bien connues au Moyen Age étaient tombées dans l'oubli et la théorie héréditaire fut acceptée comme primordiale. Toutes les mesures prophylactiques avaient pour but :

1° d'améliorer l'hygiène individuelle;

2° d'améliorer l'hygiène sociale.

De 1850 à 1860, la propagande largement menée avec

l'aide du Gouvernement ainsi que les mesures contre la lèpre, préparées pendant 20 à 30 ans, s'étaient fixées dans l'esprit du peuple comme une institution hygiénique, dont les résultats ne devaient pas tarder à se montrer.

En 1840, la Norvège possédait trois léproseries principales : Saint-Joergen (Georges) et Lungegaarden à Bergen, et Reknaes à Molde (dans le Nord), dans lesquelles pouvaient être traités 220 malades. En 1856, une nouvelle léproserie, Pleiestiftelsen N° 1, fut construite à Bergen, qui était depuis longtemps le centre des lépreux. La léproserie Reknaes ne correspondant plus aux exigences de ce temps fut entièrement reconstruite. Une autre léproserie, Reitgjaerdet fut édifiée aux environs de Trondhjem (dans le Nord), qui devenait ainsi un centre de lépreux.

Cette lutte contre la lèpre exigea la nomination d'un médecin-chef pour toute la Norvège en 1854. Le premier fut le D^r HOEG, avec lieu d'habitation à Bergen. La tâche était, en collaboration avec les commissions sanitaires, de chercher la cause de la maladie, de trouver les moyens pour la combattre, et de contrôler les malades.

Bientôt le D^r HOEG ne put accomplir à lui seul cette énorme tâche, et il fallut lui adjoindre un collaborateur, le D^r LOEBERG, habitant Trondhjem. Ainsi la Norvège avait deux *médecins-chefs* pour la lèpre jusqu'en 1863, année de la mort du D^r LOEBERG; à partir de cette date, ce poste fut supprimé.

Les places dans les différentes léproseries ne tardèrent pas à être occupées et, déjà dès 1860, plus de 800 malades étaient en traitement, et ainsi isolés de la population saine.

L'hospitalisation obligatoire n'était pas encore instituée.

Les malades qui le désiraient pouvaient être abrités, nourris et soignés gratuitement dans les hospices et hôpitaux pour lépreux. Etant donné que la plupart d'entre eux étaient de mauvais ouvriers, appartenant à des familles pauvres, ne pouvant vivre qu'à la charge de leur famille, ils ne tardèrent pas à remplir les léproseries qui permettaient d'améliorer leur sort. Les rapports publiés par DANIELSSEN dans les dernières années contribuèrent pour une grande part à cette évolution, d'autant plus que les malades pouvaient entrevoir une guérison éventuelle.

Grâce à ces institutions, on pouvait constater une régression de la lèpre en Norvège; le Gouvernement avait enfin trouvé une arme qui devait prouver son efficacité dans les années suivantes.

Pour démontrer l'intérêt de la campagne menée contre la lèpre, on peut ajouter que le *Comité Médical Spécial* avait formulé en 1850, une proposition tendant à défendre le mariage entre lépreux, leurs enfants et leurs petits-enfants. Cette loi cependant n'atteignit jamais le Storting (Chambre des Députés).

A. CONRADI était un ardent défenseur de cette proposition et la renouvelait en 1859, en la motivant par l'accroissement inquiétant de la maladie dans l'ouest de la Norvège : « des personnes venant de régions dans lesquelles la lèpre était inexistante, furent atteintes de cette terrible maladie après avoir habité des districts lépreux »; à son avis, « on ne pouvait incriminer ni le climat ni la nature, car dans d'autres pays, possédant les mêmes conditions climatologiques, la lèpre n'existait point. Il fallait plutôt considérer le genre de vie (vêtements, nourriture, travail)

et rechercher les antécédents héréditaires, que de penser à une contagion ». Par conséquent, « le seul moyen de combattre la lèpre était d'empêcher les mariages entre lépreux. » Comme exemple, était citée une ancienne loi islandaise datant de 1776 qui avait donné les meilleurs résultats. D'autres médecins invitèrent les prêtres à intervenir dans ce sens auprès des malades.

Comme nous l'avons déjà décrit plus haut, le gouvernement norvégien avait nommé des inspecteurs spéciaux pour des lépreux, et avec la loi du 5 août 1857 des *Commissions sanitaires* furent instituées dans les districts où la lèpre existait.

Les principes de cette très importante loi étaient: « L'administration des commissions comprend le même district « que l'administration municipale. La commission était « composée du médecin du district civil, ou par un autre « médecin élu par l'administration municipale tout entière « ou partielle, selon la nécessité. D'autre part, la commission avait la faculté de faire nommer quiconque facilitait sa tâche. Le médecin-chef pour la lèpre devait assister aux réunions chaque fois que les circonstances le lui permettaient. »

La tâche de la commission consistait encore : à examiner tous les moyens qui pouvaient faire régresser la lèpre dans les districts; à proposer des mesures qui pouvaient conduire à ce but et, si possible, aider à les introduire.

Lorsque, en 1860, les *Commissions* de Santé furent instituées dans tout le pays, elles se chargèrent des attributions des anciens comités pour les lépreux dans les districts. Cette institution existe encore de nos jours, et depuis ce

temps, le médecin du district a le devoir de rapporter chaque nouveau cas au médecin-chef, chargé d'établir les statistiques.

De D^r BIDENKAP nommé par la commission pour inspecter les districts, éclairer la population, vulgariser les principes d'hygiène antiléprouses et faire prendre les mesures nécessaires, était d'avis que *le Gouvernement devait prendre à sa charge les enfants des lépreux. Ceux-ci devaient être éloignés des parents contaminés, d'autre part, ils devaient recevoir des soins et une éducation saine et hygiénique.* BIDENKAP admettait aussi d'une part l'hérédité de la lèpre; d'autre part il n'était pas étranger à la théorie qui cherche la cause de la lèpre dans les taudis, la misère et la malpropreté.

Déjà avant 1850, on put constater les heureux résultats obtenus grâce à l'isolement, et la Commission pour la lèpre pouvait publier des rapports plus rassurants. (D^r HOEGH dans son rapport 1857).

L'ÉPOQUE DE HANSEN JUSQU'A CE JOUR

En 1868 commence une nouvelle époque, car cette année, le docteur G. A. HANSEN est nommé médecin à l'hospice *Pleiestiftelsen* N° 1 à Bergen, et débute sous les ordres de DANIELSSEN.

Après des recherches acharnées d'environ deux ans, paraît son premier travail sur la lèpre, qui devait le faire profiter d'une bourse de voyage et d'études à l'étranger.

L'anatomie pathologique le passionnait déjà comme étudiant, et pour approfondir ses connaissances dans cette branche de la médecine, il va en Allemagne. Malheureusement la guerre de 1870-71 vint le troubler dans ses études et il retourne en Norvège « sans avoir suffisamment profité de son séjour à l'étranger », comme il dit. *A l'étranger cependant, il put prendre un contact intime avec les idées d'un PASTEUR, d'un DARWIN et d'autres savants.*

A son retour, il s'acharna aux études d'anatomie pathologique des lésions lépreuses; en particulier il se consacra à l'étude « de corps bruns » déjà décrits par son maître DANIELSSEN. Il les avait observés dans toutes les lésions lépreuses; de plus il remarqua que le foie, la rate et les testicules sont toujours atteints chez les lépreux du type tuberculeux. Par l'évolution de la maladie, il fut convaincu que la lèpre devait être une maladie spécifique, et que la conception des DANIELSSEN et BOECK n'était guère possi-

ble. Le livre de LANDRÉ sur les lépreux en Guyane : *La contagion seule cause de la lèpre* (1868) ne fit que confirmer son hypothèse.

Remarquable est aussi la déclaration du Professeur LOCHMANN (Cristiania) sur l'étiologie de la lèpre, déclaration faite en 1868 au Congrès des Sciences Naturelles à Copenhague. *Il considérait la lèpre comme une maladie spécifique, à la fois héréditaire et contagieuse*, l'opinion contemporaine d'ailleurs. Il conseillait de détruire par le feu les anciennes léproseries, d'en rebâtir des nouvelles, mais plus petites et à la campagne.

*
**

Pendant les années suivantes, HANSEN parcourut les départements lépreux avec l'intention de chercher la cause de la maladie, et de prouver sa théorie de la spécificité. Pendant l'un de ses voyages, il put trouver un fait à l'appui de sa théorie : Dans un fjord vivaient dans trois fermes, trois familles parentes, six membres de ces familles étaient atteints de la lèpre; en face, de l'autre côté du fjord il découvrit également dans trois fermes, six familles mais non parentes qui comptaient huit lépreux.

Dans le premier cas, la lèpre était une maladie familiale, dans le deuxième, la lèpre ne pouvait que provenir de contagion. A Bergen, il fait les mêmes observations. Ceci l'amène à s'intéresser à la statistique des lépreux. Très frappantes sont les statistiques de deux départements l'un dans le Nord, l'autre dans le Sud-Ouest. *Nordmoere* et *Soendfjord*. A Nordmoere; l'isolement avait été très négligé et appliqué tardivement. A Soendfjord par contre, l'isolement portait déjà ses fruits.

Année	Nouveaux cas	Morts pendant l'année	Isolés dans les léproseries	Guéris ou relâchés des léproseries	Chiffre global à la fin de l'année
NORDMOERE : 1856	—	—	—	—	105
1856-60	81	32	14	3	119
1861-65	88	43	45	2	117
1866-70	92	49	43	6	120
1871-75	57	42	40	3	92
1876-80	46	30	22	5	81
1881-85	30	24	22	5	60
1886-90	16	15	28	1	31
SOENDEFJORD : 1856	—	—	—	—	431
1856-60	214	83	211	4	366
1861-65	156	61	144	7	250
1866-70	146	52	137	1	196
1871-75	82	50	86	12	130
1876-80	63	34	50	5	104
1881-85	27	36	26	4	65
1886-90	17	15	29	10	28

(d'après HANSEN et LOOFT)

D'après ces tableaux, nous voyons qu'à Nordmoere le nombre des lépreux va en croissant en 1856 à 105 lépreux et en 1870 à 120 lépreux.

A partir de 1870 les effets de l'isolement se font sentir, la régression est rapide. De 1866 à 1870 nous comptons 92 nouveaux cas, mais déjà de 1871 à 1875 nous n'enregistrons plus que 57 nouveaux cas, et le chiffre global tombe de 120 en 1866-1870, à 92 cas en 1871-1875.

En 1856 à 1860 il n'y a à Nordmoere que 11 % de lépreux isolés, tandis qu'à Soendfjord l'isolement englobe en 1856, 58 %.

Là l'isolement est appliqué déjà avant 1856, et nous y comptons en cette année 431 lépreux. Puis le tableau nous montre que le nombre des lépreux diminue régulièrement, et en 1860 nous n'avons que 214 nouveaux cas, et 366 lépreux au total.

De 1871-1875 il n'y a plus que 82 nouveaux cas et seulement 130 lépreux au total.

HANSEN entreprit l'étude « des corps bruns » qu'il trouvait dans les tubercules lépreuses, il essaya différentes colorations, mais toujours vainement; croyant un jour approcher du succès, le lendemain voulant faire la démonstration devant son maître DANIELSEN, le succès lui échappait.

Il avait traité les coupes par l'acide acétique, par la potasse; il les avait imprégnées avec l'acide osmique, et finalement il vit « *des corps en bâtonnets* ».

WEIGERT et KOCH à ce moment divulguaient leurs nouvelles méthodes de coloration, mais elles n'étaient pas encore complètement au point. HANSEN profita du passage de NEISSER à Bergen pour lui demander conseil, mais celui-ci n'est pas plus avancé. HANSEN lui donne une certaine documentation que NEISSER emporte avec lui à Breslau. Là-bas NEISSER réussit la coloration et publie de suite les résultats, mais n'omet pas le rôle que HANSEN avait joué dans sa découverte.

Seulement HANSEN de son côté — heureusement pour lui — avait aussi obtenu un résultat, et déjà publié sa trouvaille en 1874 dans la *Revue Médicale de Norvège* (Norsk Magasin for Laegevidenskapen).

Grâce aux conseils de KOCH la coloration du bacille de la lèpre avait réussi.

Ainsi les idées pasteurienues et darwiniennes dont s'était inspiré HANSEN remportent une nouvelle victoire due à sa découverte du bacille de la lèpre; la théorie de la contagion s'impose rapidement et triomphalement.

HANSEN fut nommé médecin-chef pour la lèpre en 1875, et alors vient une suite de dispositions et de mesures prophylactiques qui toutes sont basées sur *l'acceptation de la lèpre comme une maladie infectieuse*, en concordance avec les idées de HANSEN.

En 1877, le 26 mai, parut une loi ayant trait à l'établissement des lépreux pauvres. Or il existe en Norvège un service pour les indigents. « la Laegd » : le pauvre va de ferme en ferme et y reste plus ou moins longtemps. La loi de 1877 contient donc les principes préventifs suivants :

« Les lépreux pauvres ne pourront être envoyés en *Laegd*. Ceux qui sont entretenus par l'Assistance Publique seront établis de préférence dans des maisons d'isolement; au cas contraire, ils auront un lieu d'habitation isolé, au moins seront-ils traités de la façon jugée par la Commission de Santé comme suffisamment sûre. Il est interdit de séparer les conjoints contre leur gré lors de l'internement, mais une telle décision peut être prise avec l'approbation du Préfet, après référé du prêtre et du médecin départemental. Les effets, la literie, etc... qui ont appartenu à un lépreux ne peuvent être utilisés ni cédés à un tiers, avant d'avoir été désinfectés suivant la décision de la Commission de Santé. »

Le 6 mai 1885 fut promulguée une nouvelle loi concernant l'isolement des lépreux, c'est un complément à la loi de 1887. Voici le texte de l'article de loi qui fut ajouté :

« La Commission de Santé pourra aussi ordonner aux autres lépreux (par conséquent non seulement des pauvres) de vivre isolés de leur famille et de leur entourage, mesures ne concernant pas la cohabitation des conjoints. S'il n'est pas donné suite à un avertissement répété de la part de la Commission de Santé, alors le lépreux envisagé pourra être obligé de se faire interner dans un hôpital ou hospice public. *En cas de besoin, l'internement se fera à l'aide de la police.*

Ce qu'il faut entendre par *isolement* est expliqué par les instructions du médecin-chef pour les lépreux. Ne connaissant pas le mode exact de contagion, l'on peut admettre qu'une propreté méticuleuse soit suffisante : « Tout lépreux devrait avoir son lit, sa chambre, sa vaisselle, cette dernière de même que son linge seront lavés séparément. »

La loi introduit donc un isolement facultatif à condition que le lépreux veuille s'astreindre aux mesures de propreté et d'hygiène.

La Commission de Santé étant composée des notables de la commune souvent de parents des lépreux, ses ordonnances ont beaucoup de poids, et ainsi la population prend part à la lutte contre la lèpre et comprend le danger de la fréquentation des lépreux. En général, l'application de la loi dépend du zèle du médecin départemental. Les principes de ces lois étaient déjà appliqués bien avant que le législateur les ait réunis dans une loi.

Armauer HANSEN est devenu célèbre, cependant son autorité n'empêcha pas sa destitution en tant que médecin-chef de la léproserie. Au cours d'une expérience, il essaya d'innoculer un tubercule lépreux à un lépreux maculo-anesthésique. Ce malade alla porter plainte auprès de la police, qui précisa que les malades étaient seulement sous la garde de HANSEN, et non sujets d'expérimentation.

HANSEN ne fut pas trop lésé par ce verdict, puisqu'il était en même temps médecin-chef de la lèpre pour tout le pays.

Les lépreux étaient parfois aussi de bons artisans, et confectionnaient dans les léproseries des articles qu'ils vendaient en ville. A partir de 1894, vu le danger de la contagion, la vente fut interdite.

HANSEN et LOOFT, dans leur livre de 1895, firent ressortir le caractère contagieux de la lèpre. Grâce à l'isolement la contagion était démontrée. Ils expliquaient *le mode d'inoculation, par une première petite lésion de la peau, facilitée par le contact intime et répété avec un lépreux*, et la malpropreté.

« On ne trouve pas le bacille de la lèpre dans l'air, et
« la lèpre n'est pas contagieuse à distance. Le bacille
« peut certainement vivre plus ou moins longtemps sur
« la peau où il attend l'occasion de passer dans l'organisme par une lésion quelconque.

« Les vêtements des lépreux paraissent être contagieux.
« Nous ne connaissons qu'un seul cas : « une laveuse
« contaminée à Pleiestiftelsen N° 1 (Bergen). Aussi faut-

« *il éviter toutes les sécrétions ou excrétions des lépreux.* »

Ces auteurs comparent la meilleure hygiène des 200 lépreux norvégiens émigrés en Amérique, dont les descendants n'ont jamais (sauf un cas), été sujets à la même maladie, et cela, grâce à leur hygiène.

L'hygiène devait être un des meilleurs moyens pour combattre la contagion.

Intéressante est leur remarque de *l'influence du climat et de la nature sur l'étiologie de la lèpre* : La Norvège qui est très étendue en latitude, a des régions de différents climats. *C'est dans les régions sèches que les lépreux sont le moins nombreux* : chez eux, les cas sont *le plus souvent maculo-anesthésiques*, tandis que les districts côtiers et humides dans lesquels la lèpre règne à l'état endémique, *comptent la plupart des lépreux, et spécialement atteints de la lèpre tuberculeuse.*

Peu à peu on réussit à isoler les malades. En 1856, seulement 10 % étaient internés dans les léproseries ou hospices; ce nombre atteint en 1880, 33 %, puis, s'élève en 1899 jusqu'à 50 %.

De 2.858 cas en 1856 il n'en reste plus en effet que 2.007 au début de 1891. On trouve alors qu'il y avait trop de léproseries, et en 1894, à la mort de DANIELSSEN, la léproserie Lungegaarden à Bergen, fut supprimée. La léproserie abritait à ce moment 39 malades qui trouvèrent hospitalité à Pleiestiftelsen N° 1 où M. le docteur H. P. LIE fut nommé directeur après DANIELSSEN.

La même année, la léproserie Reknaes à Molde (dans le Nord) fut convertie en Sanatorium populaire pour tuber-

culeux. Le docteur Kaurin qui dirigeait la léproserie, gardait ses fonctions de directeur. Les 50 lépreux furent transportés à Bergen, et à Trondhjem. (La léproserie Reitgjerdet ayant comme chef le docteur SAND).

Une résolution royale de 1895 décréta que la léproserie Saint-Georges devait être progressivement transformée en un sanatorium pour tuberculeux.

On constate en même temps que la lèpre était en régression, un accroissement des tuberculeux.

Depuis 1896, Saint-Georges, à Bergen, n'accepte plus les lépreux, et à cette époque il ne reste plus en Norvège que deux léproseries : une à Bergen (Pleiestiftelsen) dans le Sud, et une à Trøndhjem dans le Nord.

Après 1914, Reitgjerdet à Trondhjem, refusait les nouveaux cas, et en 1921 elle fut également supprimée. 37 lépreux furent envoyés à Bergen, et 19 autres furent logés dans un petit hospice Broeseth dans les environs de Trondhjem, lui-même supprimé en 1925.

Depuis 1925 il n'existe plus en Norvège qu'une seule léproserie, Pleiestiftelsen N° 1, et quatre vieux lépreux habitaient en 1934 l'hospice Saint-Georges (Saint-Jøergen). M. H. P. LIE, le successeur de DANIELSEN et HANSEN, est en retraite depuis 1935. Actuellement, un jeune dermatologiste M. Melsom, veille les 30 lépreux qui habitent encore la léproserie et parmi eux, plusieurs cas dits « guéris ».

Les étudiants, à la fin de leurs études médicales, ont l'habitude, bien que la lèpre ait perdu beaucoup de son actualité dans ce pays, de faire un stage de quinze jours à Bergen.

En 1932, un cas fut diagnostiqué, un marin contaminé en Chine, et un lépreux fut refoulé d'Amérique. En 1934 encore, deux nouveaux cas. Parmi les lépreux, plus de la moitié ont plus de 65 ans comme le tableau suivant l'indique :

1925 — 107 LÉPREUX

15-20 ans,	2
21-30 ans,	3
31-40 ans,	5
41-50 ans,	13
51-60 ans,	17
61-70 ans,	25
71-80 ans,	31
81-90 ans,	10
91-95 ans,	1

1930 — 69 LÉPREUX

15-20 ans,	0
21-30 ans,	3
31-40 ans,	4
41-50 ans,	9
51-60 ans,	7
61-70 ans,	16
71-80 ans,	18
81-90 ans,	12

HANSEN prédit déjà en 1900 qu'en 1920-1925 il n'y aurait plus de lépreux en Norvège, l'avenir l'a trompé puisque en 1912 à sa mort il y avait encore à peu près 400 lépreux mais depuis, la régression, il est vrai, s'est très accentuée. Aux Conférences Internationales de la lèpre, à Berlin (1897) et à Bergen (1909), les idées de HANSEN triomphèrent. Le rôle important, joué par la Norvège dans la prophylaxie de la lèpre, est mis en relief par le fait que la seconde conférence se tint à Bergen en 1909.

Par un ensemble de mesures médicales, éducatives et législatives prises par l'Etat prévoyant, *le nombre des lépreux* en Norvège, qui en 1850 avec une population de

Mouvement des Lépreux en Norvège de 1836 à 1935

(D'après HANSEN et LIE, N. O. S. et R. MELSOM)

Année	Total au début de l'année	Nouveaux cas	Morts pendant l'année	Guéris ou relâchés des léproseries ou hospices	Nombres des lépreux à la fin de l'année dans les départements	Nombres des lépreux à la fin de l'année dans les léproseries ou hospices
1836	650	—	—	—	—	—
1845	1122	—	—	—	—	—
1853	1695	—	—	—	—	—
1856	—	238	—	—	2598	235
1857	2858	242	293	18	2339	427
1858	2766	210	224	6	2294	475
1859	2769	239	213	15	2267	523
1860	2790	219	251	7	2218	539
1861	2757	219	239	20	2028	711
1862	2739	211	215	16	2009	698
1863	2707	196	202	9	1947	749
1864	2696	201	192	8	1914	781
1865	2695	201	191	13	1910	772
1866	2682	203	205	13	1879	795
1867	2674	200	214	12	1876	787
1868	2663	206	210	13	1865	788
1869	2653	187	199	23	1820	787
1870	2607	131	203	17	1762	764
1871	2526	170	238	18	1681	747
1872	2428	129	205	15	1627	708
1873	2335	137	177	26	1592	672
1874	2264	137	183	15	1566	643
1875	2209	129	203	19	1499	623
1876	2125	122	187	9	1495	613
1877	2058	126	163	10	1378	629
1879	2007	94	149	18	1348	618
1878	1966	85	162	15	1281	602
1880	1883	85	150	14	1187	617
1881	1804	85	164	13	1104	608
1882	1712	74	137	18	1078	553
1883	1631	89	127	14	1044	535
1884	1579	68	140	12	976	519
1885	1495	87	146	107	893	522
1886	1415	62	135	25	795	522
1887	1317	75	111	5	762	514

1.500.000 comptait environ 3.000 lépreux, n'est actuellement que d'une cinquantaine en tout, la population étant recensée à 3 millions.

14 lépreux habitent hors des hospices chez eux, une trentaine sont internés à la léproserie à *Bergen*, 2 sont internés, l'un dans un hôpital à *Oslo*, et l'autre à *Toensberg*, 2 lépreux sans domicile connu.

Comme la plupart d'entre eux sont d'un âge avancé, le nombre des décès par année devient très élevé, et suivant la pensée de HANSEN, on peut affirmer que le moment n'est certainement pas très loin, où l'on pourra dire de la Norvège, que « jadis » elle était le pays de la lèpre en Europe.

(Voir pages précédentes, 42-43, le tableau « *Mouvement des lépreux en Norvège de 1836 à 1935* »).

CONCLUSIONS

Nous ne saurions faire mieux que de citer les vœux émis par les trois Conférences Internationales de la lèpre, de Berlin (1897), de Bergen (1909), et de Strasbourg (1923), où les idées de HANSEN, mises en pratique depuis longtemps en Norvège, triomphèrent.

1. « Dans les pays où la lèpre forme des foyers ou prend une grande extension, l'isolement est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie. »

2. « La déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement, tels qu'ils se pratiquent en Norvège, doivent être recommandés à toutes les nations dont les municipalités sont autonomes et possèdent un nombre suffisant de médecins. »

3. « Il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer sur l'avis des conseils sanitaires, les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays. »

4. « Il est désirable que les lépreux soient exclus des professions qui sont spécialement dangereuses au point de vue de la transmission de la lèpre. En tout cas, et dans tous les pays, l'isolement strict de tous les mendiants et vagabonds est indispensable. »

5. « D'une façon générale, pour les personnes qui ne peuvent être isolées à domicile, l'isolement sera pratiqué et le traitement le plus actif sera appliqué dans un hôpi-

tal, un sanatorium ou une colonie agricole suivant les cas et les pays. »

6. « Il est désirable que les enfants sains des lépreux soient séparés de leurs parents lépreux aussitôt que possible, et qu'ils restent en observation. »

7. « Ceux qui ont partagé le domicile de personnes lépreuses doivent être examinés de temps en temps par un médecin ayant des connaissances spéciales. »

Ajoutons en ce qui nous concerne, que :

8. Les principes contenus dans les lois de 1877 et 1885 de Norvège, qui furent déjà appliqués dans le pays environ 40 années avant leur promulgation, sont devenus un modèle de prophylaxie contre la lèpre pour la plupart des autres nations.

9. L'Etat doit s'occuper d'une manière active des lépreux, en charger des médecins spécialisés, et mettre à leur disposition les moyens nécessaires pour lutter contre la lèpre.

10. En général, tous les étudiants en Médecine doivent faire un stage dans une léproserie à la fin de leurs études. Trop nombreux sont les étudiants qui n'ont jamais vu un lépreux au cours de leurs études médicales, dans les autres pays.

Vu : le Doyen de la Faculté, Vu : le Président de la thèse,
ROUSSY. L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Abréviations : Arch. f. D. u. Syph. : Archiw für Dermatologie und Syphilis.

N. O. S. : Norges Officielle Statistikk.

N. M. f. L. : Norsk Magasin for Laegevidenska-
pen.

T. f. d. N. L. : Tidsskrift for den Norske Laege-
forening.

N. B. — Les ouvrages en articles précédés d'un « astéris-
que »* sont en « langue norvégienne ».

ASAMI, S. — Propagation de la Lèpre par les insectes. *La
Lepro* N° 1, 1932.

BARAS, L. — L'état actuel de la prophylaxie de la lèpre.
Thèse de Paris 1935.

BULL et HANSEN, G. A. — The leprouses diseases of the
eye, *Christiania* 1873.

*BIDENKAP. — La lèpre comme maladie endémique en Nor-
vège. *N. M. f. L.* 1860 : p. 535, 713, 809, 889.

*BOECK, C. — Le Bacille de la lèpre dans les fèces, etc.

*BOECK, C. W. — De la lèpre. *N. M. f. L.* 1842 p. 1, 127.

— La lèpre. *N. M. f. L.* 1844.

*BORGE, C. J. — Radesyken. *Tidssk. f. d. N. L.* 15 juin
1905, p. 427.

*BROEGGER, A. W. — Découvertes archéologiques en Nor-
vège, *Kristiania* 1916.

*CONRADI, A. — De l'hérédité de la lèpre. *N. M. f. L.* 1857.

— Fragments concernant la lèpre en Norvège.
N. M. f. L. 1848, p. 474, 480.

*CONRADI, A.; FAYE; STEFFENS, H. — Fragments sur la lèpre en Norvège. *N. M. f. L.* 1851.

Conférence Int. Scientifique de la Lèpre III^e Strasbourg 1923. *Presse Médicale*, 1^{er} sept. 1923. *Paris*.

*DANIELSSEN, D. C. — Quelques remarques sur la notice du D^r Horn, de la lèpre à Nummedal. *N. M. f. L.* 1844.

* — Observations concernant des lépreux à l'hôpital Saint-Georges à Bergen. *N. M. f. L.* 1842, p. 131-199.

* — Communication concernant la lèpre. *N. M. f. L.* 1854 p. 623.

* — Déclarations concernant la lèpre. *N. F. f. L.* 1868, 1874, 1874, 1877, 1886, 1889.

* — Traité de la forme anestésique de la Spedalskhet, *Christiania* 1862.

* — La lèpre, étiologie et prophylaxie. *Bergen* 1854.

* — Rapport sur le fonctionnement de l'hôpital Lungegaarden dans les années 1880-1882. *N. M. f. L.* 1883.

*DANIELSSEN, D. C. et BOECK, C. W. — Om Spedalskhet. *Christiania* 1847.

— Traité de la Spedalskhet ou Elephantiasis des Grecs, *Paris* 1848.

DARIER, J. — Précis de Dermatologie. *Paris* 1928.

EHLERS. — La lèpre. II^e Int. Leprakonf. Bergen 1909, Bd. I.

*FAGERLUND, L. W. — Quelques mots sur la prophylaxie de la lèpre. *N. M. f. L.* 1926.

FIOCCO, G. B. — Ricerche sopra possibili trasporti del bacillo della lepra in Italia mezzo di insetti. *Soc. ital. di. dermat é sifili.* Fevrier 1932 N° 1, p. 31.

GEFFROY, A. — Les études et les découvertes archéologiques dans le Nord. *Revue des Deux Mondes*, 1^{er} novembre 1862.

GOUGEROT. — Dermatologie en clientèle, 1932.

*GROEN, F. — Lidt om lepraens historie i Norge og paa Island. *T. f. d. N. L.* 1905 N° 20.

— Ueber die ältesten Spuren der Lepra in der alt norwegischen Litteratur *Janus* 1906 XI^e année.

— Altnordische Heilkunde. *Extrait du Janus* 1908 (Harlem).

*GROEN, K. — Cas de lèpre à Kristiania en 1903. *N. M. f. L.* 1903.

*HANSEN, G. A. — Recherches sur l'étiologie de la lèpre.

— *N. M. f. L.* 1872, 1874, 1883, 1884.

— L'avenir des études de la lèpre en Norvège. *Med. revue* 1895 *Bergen*.

— *Med. revue Bergen* 1897, 1898, 1899, 1904.

— Om paraleprose. *Tidsskrift f. d. N. Laegel.* 1905.

— Spedalskhed. *Naturen* 1906. p. 71.

— Recherches récentes de bacillus leprae. *N. M. f. L.* 1883.

— Mémoires et réflexions. *Kristiania* 1910.

*HANSEN, G. A. et LOOFT, C. — Lepra, *Bergen* 1897.

— Leprosy, *Bristol* 1895.

HARBITZ, F. — Ueber trophoneurotische Veränderungen in Knochen und Gelenken bei der Lepra. *Christiania* 1910.

*HEIBERG, H. J. — Lepra Mutilans und trophoneurotische Veränderungen bei den Leprosen. *Klinisk Aarbog* 1886 III.

*HJORT, J. J. — Remarques sur la notice du D^r Horn. Spedalskheden à Nummedal. *Christiania* 1841.

* — N. M. f. L. 1840, 1841.

* — La lèpre en Norvège et mesures préventives. N. M. f. L. 1848.

* — L'étiologie de la lèpre. N. M. f. L. 1871.

*HOFFMANN. — Om Spedalskhed. N. M. f. L. 1845.

*HOLMBOE, J. A. — La lèpre chez les norvégiens en Amérique. N. M. f. L. 1863.

HOLMBOE, M. et LIE H. P. — La lutte contre la lèpre. II^e Int. Leprakonferenz in Bergen 1909.

*HOLMSEN. — Quelques cas de la lèpre qui semblent indiquer la contagion. *Ugeskrift f. Med. et Pharmacie (Chr. a)* 1844.

* — Communications sur la lèpre. N. M. f. L. 1851, 1857.

*HOLST. — Mesures prophylactiques contre la lèpre. N. M. f. L.

- *HORN. — La Lèpre (Notice sur) à Nummedal 1830-1835.
N. M. f. L. 1841, p. 42.
- JEANSELME, E. — De la lutte contre la lèpre dans l'époque contemporaine.
— La lèpre, Paris 1934.
- *Journal Eyr. — Reikshospitalet, Lepra 1831-1834.
- *KAURIN, E. — Tidsskrift f. prakt. Med. Chr. a 1885-86.
— Contribution à l'étiologie de la lèpre, *N. M. f. L.* 1889.
— Loi du 6 juin 1885 contre la lèpre, l'isolement. *N. M. f. L.* 1893.
— Remarques sur la lèpre. *N. M. f. L.* 1895.
— Hérité de la lèpre. *Med. Revue Bergen* 1890-91.
- *KJAER, J. C. — Les Médecins en Norvège dans le 19^e s.
- *KISSMAYER, A. — La lèpre dans les pays Scandinaves depuis 1900. *Hospitalstidende (Copenhague)* 1933 p. 933.
- KLINGMULLER, V. — Die Lepra. Berlin 1931. *Handbuch der Haut U. Geschlechtskr.*
— Sammeldeferate. *Dermat. Zeitschrift* 1933-1934.
- *KOBRO, I. — Les médecins en Norvège 1800-1908.
- KUSNEZOW, W. — Konstitution und Lepra. *Russkij Vestnik dermatologie* 1927, BD. 7 N° 6.
- LÉGER, P. J. — L'état actuel de la lèpre en France. *Thèse de Paris* 1927.

- LELOIR, H. — Traité pratique et théorique de la lèpre. Paris 1886.
- Sur la lèpre en Norvège, *compt. rend. Soc. de biol. Paris* 1885, p. 101.
- *LIE, H. P. — Les Lépreux en Norvège 1892-1901, Lungegaardshospitalet Bergen.
- Lepra in Rückenmark u. den peripheren Nerven. *Arch. f. D. u. Syphilis* 1905.
- Statistisches über Lepra. *Arch. f. d. u. Syphilis* 1911.
- * — Spedalskheden i Bergen 1814-1914. Bergens kommune 1814-1914.
- * — *Med revue. Bergen* 1911, 1912, 1914, 1923, 1929.
- * — Spedalskheden. Traité de la Méd. Intern. I. København 1927.
- La lèpre en Norvège. *Acta D. Venereologica* 1931. Vol. XII, 2 juillet, p. 105.
- Why is leprosy decreasing in Norway 1929. *Soc. oft. Med. and Hygiene* Vol. XXII N° 4, p. 357-366.
- LIE, H. P. et HANSEN, A. — Die Geschichte der Lepra in Norwegen. *II° Int. Leprakon. Bd. I. Bergen* 1909.
- *LOCHMANN. — *Sur la lèpre. N. M. f. L.* 1871.
- MARKIANOS. — Lèpre et virus filtrable. *Annales de l'Institut Pasteur* N° 3, Mars 1931, p. 291.
- MUIR, E. — Treatment of Leprosy, a review. *Int Journal of Leprosy* vol. I. N° 4 oct. 1934.

MONRAD-KROHN, G. H. — The neurological Aspect of Leprosy, Kristiania 1923.

MONTELIUS, O. — Der Handel in der Vorzeit.

NAUMOW-GOLUBOVA. — Sind Insecten als Lepraverbreiter zu betrachten *Deutsche Wochenschrift* 1928 N° 15.

NEISSER, A. — Contribution à l'étiologie de la lèpre. *N. M. f. L.* 1882.

N. O. S. — Les lépreux en Norvège 1856-1932.

*NORDENSTRENG, R. — Vikingafaerderna. Stockholm 1926.

*N. M. f. L. — 1852. Résolution Royale concernant la liste des lépreux.

* — 1853. Proposition du Comité Médical avec la résolution d'un dénombrement exact des lépreux dans le pays.

* — 1854. Déclaration du Comité Médical concernant l'opposition au mariage des lépreux, ainsi que des mesures préventives contre la maladie, etc.

* — 1855. Etablissement des Commissions de Santé dans chaque commune où il y a des lépreux.

* — 1856. Différentes manières de contagion.

* — 1856. La Lèpre, considérations transmises par le Comité Médical.

* — 1858-1859. La Lèpre. Considérations transmises par le Comité Médical.

* — 1861. Décret Royal concernant les Médecins en Chef pour les hospices des lépreux.

* — 1862. Rapport du Comité pour les lépreux.

* — 1895 Résolution Royale concernant l'hôpital St-Joergen.

RENSTJERNA, J. — L'état actuel de la lèpre en Suède, *Acta medica Scandinavica* 1923 p. 359.

ROGER, L. — L'extension, mode d'infection et prophylaxie de la lèpre. *Brit. medical Journal*, 24 juin 1922.

SEDERHOLM. — La lèpre en Suède. *II^e Int. Lepraconferenz*, Bergen 1909.

SAND, C. J. — Remarques sur les spedalsques en Norvège dans les lustres 1886-1890, 1891-1895, 1896-1900, 1901-1905.

— Uebersicht der Wirksamkeit des Hospice Reitgjerdet in den Fuenfjahren 1886-1890, 1891-1895, 1896-1900, 1901-1905.

— Beobachtungen über Lepra, Statischisch beleuchtet, mit Tabellen über die in Reitgjerdet Hospital bei Trondhjem von 1861-1900, behandelten Fael-len. *II^e Int. Leprakonferenz* 1909.

SERGEANT E. — Traité de Path. et de Thérap. appliquée. *Maladies Infect.* 1923.

SHIVELY, H. L. — Leprosy in Norway 1909. *American Médecine*. Vol. IV, n° 3, p. 123-137.

TANON L. — *Le Monde Médical*, mars 1930 p. 411.

WISBECH, Chr. — L'hôpital civil à Bergen en 1828 etc... *Journal Eyr Chr. ania* 1830-1831.

VEDDER. — La possibilité de la transmission de la lèpre par les insectes. *Le Philip Journal of Science* vol. 37, n° 3, 3 nov. 1928, p. 215.

WLADIMIROF, KEDROFSKY, KORVALEW et MISKINOF. — Perspektive der Bekaempfung der Lepra, Moskau 1929. *Dermat. Zeitschrift* 1933.

WEFRING K. — La lèpre en Norvège. *Office Int. d'hygiène Publique* 1934, p. 1748.

